

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

*Журавлева Л.Н., Клишо В.Е*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Европейское региональное бюро ВОЗ отнесло вирусные герпетические инфекции в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии [1,2]. Инфицированность и заболеваемость герпетическими инфекциями в общей популяции опережает скорость прироста населения Земли [6]. Цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция встречается у 0,5-2,5% новорожденных. Согласно исследованиям ЦМВ может проходить через плаценту в любой период беременности [7].

В настоящее время для лечения вирусных инфекций, в том числе и ЦМВИ, используются аналоги нуклеозидов. По данным зарубежной литературы чаще используются ганцикловир, вальганцикловир, фоскарнет, цидофовир [3,5]. Лечение новорожденных и детей первого года жизни, инфицированных ЦМВИ, является сложной и во много неразрешимой задачей. Использование выше перечисленных препаратов из-за их высокой органотоксичности, выраженного мислотоксичного эффекта оспаривается многими авторами [4]. Поэтому актуальным является поиск новых методов и схем терапии.

**Цель.** Определить клинико-лабораторные проявления цитомегаловирусного гепатита у детей грудного и младшего детского возраста.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 11 детей с врожденной ЦМВ инфекцией, ведущим проявлением которой являлся гепатит. Дети проходили лечение на базе Витебской детской областной клинической больницы и Витебской областной инфекционной больницы. Среди 11 детей мальчиков было 7 и девочек 4, возраст детей составлял от 2,5 месяцев до 2 лет (средний возраст  $6 \pm 2,3$  мес). Всем пациентам было произведено полное

клиническое и лабораторное исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, общий белок, АлАТ, АсАТ, ГГТП, СРБ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости). Этиологический фактор гепатита был установлен с помощью определения в сыворотке крови антител классов Ig G и Ig M к ЦМВ и ДНК ЦМВ методом ПЦР. Также все дети и их матери прошли исследование крови на выявление вирусов гепатитов В и С

**Результаты и обсуждение.** Клинические симптомы у большинства больных манифестировали на 5-6 неделе жизни, что свидетельствует о вероятности перинатального инфицирования. При поступлении в стационар матери предъявляли жалобы на беспокойство, снижение аппетита, срыгивания, отсутствие прибавки массы тела, желтушное окрашивание кож и изменение окраски стула.

Состояние детей при поступлении в большинстве случаев было расценено как тяжелое у 100% пациентов наблюдалась неврологическая симптоматика различной степени выраженности (мышечная дистония, гипорефлексия, синдром внутричерепной гипертензии и задержки темпов психомоторного развития), у 8 (73%) сухость и иктеричность кожных покровов (от I-III степени по Крамеру), снижение тургора, гипотрофия I-II степени наблюдалась у 6 пациентов (55%). При пальпации и перкуссии органов брюшной полости у 9 (82%) пациентов была выявлена гепатоспленомегалия (увеличение печени на 4-6 см ниже края реберной дуги, селезенки до 2-3 см).

При лабораторном и инструментальном исследовании было выявлено анемия легкой степени ( $95 \pm 7.4$  г/л), умеренный лимфоцитоз ( $57 \pm 15\%$ ), повышение уровня холестерина, бета- липопротеидов, щелочной фосфатазы, ГГТП (до 1,5- 2 норм). АлАТ ( $76 \pm 17$ ), АсАТ ( $103 \pm 12$ ) общего ( $64.8 \pm 21.2$  ммоль/л) и непрямого билирубина ( $56.7 \pm 24.3$  ммоль/л). При этом нормализация уровня трансаминаз и билирубина отмечалось в течение 5-7 недель, тогда как биохимические маркеры синдрома холестаза сохранялись до 3-6 месяцев, несмотря на терапию. Все дети находились на стационарном лечении, им проводилась коррекция питания, противовирусная и посиндромная терапия.

**Выводы.** В клинической и лабораторной картине у детей с цитомегаловирусным гепатитом доминировали симптомы холестаза и цитолиза. Однако, стандартная терапия ЦМВ противовирусными препаратами и иммуномодулирующая терапия (иммуноглобулин для внутривенного введения, виферон-1) не привела в большинстве случаев к полной нормализации клинико-лабораторных показателей, что требует разработки новых схем терапии.

Литература:

1. Lanari M, Lazzarotto T, Venturi V Neonatal cytomegalovirus blood load and risk of sequelae in symptomatic and asymptomatic congenitally infected newborns. *Pediatrics* 2006; 117(4):1467.
2. Fernandez TP, Lopez Serrano P: Diagnostic and therapeutic approach to cholestatic liver disease. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96(1): 60-73
3. Pehlivanoglu E: Ganciclovir therapy for cytomegalovirus infection in infants. *J Pediatr* 1994; 125(4): 670-1
4. Vancikova Z, Kucerova T: Perinatal cytomegalovirus hepatitis: To treat or not to treat with ganciclovir. *J Pediatr Child Health* 2004; 40:444-8.
5. Yousfi MM, Douglas DD: Other Hepatitis Viruses. In *Hepatology*. 4<sup>th</sup> edition. Edited by: Zakim, Boyer. Philadelphia: Saunders, 2003: 1063-1072.

6. Rosenthal P. Neonatal Hepatitis and Congenital Infections. In Liver Disease in Children. 2<sup>nd</sup> edition. Edited by: Suchy F. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2001:239-252.

7. Denson LA: Other Viral Infections. In Pediatric Gastrointestinal Disease. 4<sup>th</sup> edition. Edited by: Walker WA. Ontario: BC Decker Inc; 2004:1170-1178.